Central East **LHIN**

Faire une différence

Des collectivités mobilisées. Des collectivités en santé.

Rapport annuel 2009-2010 du RLISS du Centre-Est

Ontario
Local Health Integration Network

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE-EST (9)

La *Loi sur l'intégration du système de santé local* adoptée en mars 2006 a pour but d'intégrer le système de santé en vue d'améliorer la santé des Ontariens et des Ontariennes en facilitant l'accès à des services de santé de grande qualité, en coordonnant les soins de santé et en gérant de façon efficace et efficiente le système de santé au niveau local au moyen des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les RLISS sont responsables de la planification, de l'intégration et du financement des fournisseurs de soins de santé (hôpitaux, foyers de soins de longue durée, services de soutien communautaire, centres de santé communautaires, centres d'accès aux soins communautaires et organismes d'intervention en santé mentale et en toxicomanie) de leur région. Depuis le 1er avril 2007, les RLISS possèdent l'autorité et la responsabilité de financement des fournisseurs de services de leur région. C'est le troisième rapport annuel des RLISS depuis qu'ils détiennent cette autorité.

Pour obtenir plus de renseignements sur les RLISS et avoir accès aux questions les plus fréquemment posées, consultez le site web des RLISS à www.lhins.on.ca

Table des matières

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU CHEF DE LA DIRECTION **1**

MEMBRES DU CONSEIL **2**

INTRODUCTION **3**

ENTENTE DE RESPONSABILISATION MINISTÈRE-RLISS (ERMR) **4**

Qu'est-ce que l'ERMR? 4

Indicateurs de rendement de l'ERMR 4

Plan d'intégration des services de santé (PSSI) du RLISS du Centre-Est 8

Mise en œuvre du PSSI 8

Activités de mobilisation de la collectivité 15

Initiatives francophones 15

Initiatives autochtones 16

Activités d'intégration 20

Initiatives relatives aux temps d'attente dans les services des urgences/Amélioration de la situation des ANS 22

ANALYSE DU RENDEMENT OPÉRATIONNEL DU RLISS **24**

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS **25**

État de la situation financière 26

État des activités financières 27

État de la variation de la dette nette 28

État des flux de trésorerie 29

Notes complémentaires 30

MEMBRES DU PERSONNEL **38**

COORDONNÉES **39**

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU CHEF DE LA DIRECTION

Le rapport annuel de cette année, dont le titre, « Faire une différence », a été tiré du symposium organisé par le RLISS en mai 2009, témoigne encore une fois du dévouement des fournisseurs de services de santé, des dirigeants communautaires, des patients, des clients, des consommateurs et de leurs familles, qui ont pris des mesures concrètes pour transformer le système de santé de notre région.

En 2009-2010, le RLISS du Centre-Est a commencé à passer de l'étape des discussions et de la planification à celle de la mise en œuvre de projets mesurables conformes à l'entente de responsabilisation signée par le RLISS et par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Dans un esprit de collaboration, d'innovation et d'intégration, une stratégie a été élaborée et mise en œuvre en vue de coordonner progressivement le système pour faciliter l'atteinte d'objectifs communs qui produiront des résultats optimaux pour les patients, les fournisseurs et le système.

Les objectifs articulés par le gouvernement pour le système – améliorer l'accès aux urgences en réduisant le temps d'attente dans les services des urgences, améliorer l'accès aux soins hospitaliers en réduisant la durée des séjours dans des lits d'autres niveaux de soins et améliorer l'accès aux soins intégrés aux diabétiques – sont devenus les défis autour desquels tous se sont ralliés et qui ont guidé l'élaboration du Plan d'intégration des services de santé (PSSI) 2010-2013 du RLISS du Centre-Est.

Appliquant le cadre de la cible triple élaboré par l'Institute for Healthcare Improvement, le RLISS a lancé en collaboration avec les fournisseurs de services de santé des projets qui visent simultanément à améliorer la santé de la population, à améliorer l'expérience de soins des patients et à réduire, ou du moins contrôler, le coût des soins per capita.

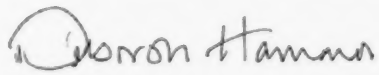
Cette cible triple a présenté plusieurs avantages : elle a donné une orientation claire au RLISS et à ses fournisseurs de services de santé, elle a fourni un cadre inclusif qui a rassemblé les parties intéressées autour d'un but commun, elle a aidé à prévenir le résultat pervers possible d'une approche déséquilibrée vis-à-vis des défis hospitaliers et enfin elle a fourni une proposition de grande valeur à la collectivité.

Au début du mois de mai, le RLISS a présenté deux objectifs potentiels pour la communauté des services du RLISS : éliminer 1 000 000 d'heures passées par les patients dans les services des urgences des hôpitaux d'ici 2013 et réduire de 10 % l'impact des maladies vasculaires d'ici 2013.

Le rapport annuel indique comment, en 2009-2010, le RLISS a tenté de faire le consensus autour de ces objectifs autant chez les fournisseurs de services de santé que dans la collectivité en général, tout en veillant à la conformité de ses activités avec ses obligations et responsabilités envers le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Comme toujours, nous souhaitons remercier les centaines de fournisseurs de services de santé – médecins, infirmières, professionnels de la santé alliés, personnel de soutien, administrateurs et bénévoles – qui se sont dévoués pour leurs patients, les clients, les consommateurs et leurs familles. C'est grâce à eux et à elles que le RLISS a pu « Faire une différence » en 2009-2010.

Foster Loucks,
Président



Deborah Hammons,
Chef de la direction

MEMBRES DU CONSEIL

Foster Loucks	Mandat : 1er juin 2005 – 31 mai 2008 Reconduit : 1er avril 2008 – 1er juin 2011
Joseline Sikorski	Mandat : 1er juin 2005 – 31 mai 2008 Reconduit : 1er avril 2008 – 1er juin 2011
Jean Achmatowicz MacLeod	Mandat : 1er juin 2005 – 31 mai 2008 Reconduit : 1er avril 2008 – 1er juin 2011
Novina Wong	Mandat : 5 janvier 2006 – 4 février 2007 Reconduit : 5 février 2007 – 4 février 2010 Démission : 1er septembre 2009
Stephen Kylie	Mandat : 1er mars 2006 – 29 février 2008 Reconduit : 1er mars 2008 – 28 février 2011
Dr Alexander Hukowich	Mandat : 17 mai 2006 – 16 juin 2007 Reconduit : 17 juin 2007 – 16 juin 2010
William Gleed	Mandat : 17 mai 2006 – 16 juin 2007 Reconduit : 17 juin 2007 – 16 juin 2010
Ronald Francis	Mandat : 17 mai 2006 – 16 mai 2008 Reconduit : 17 mai 2008 – 16 mai 2011
David Nichols	Mandat : 17 février 2010 – 16 février 2013

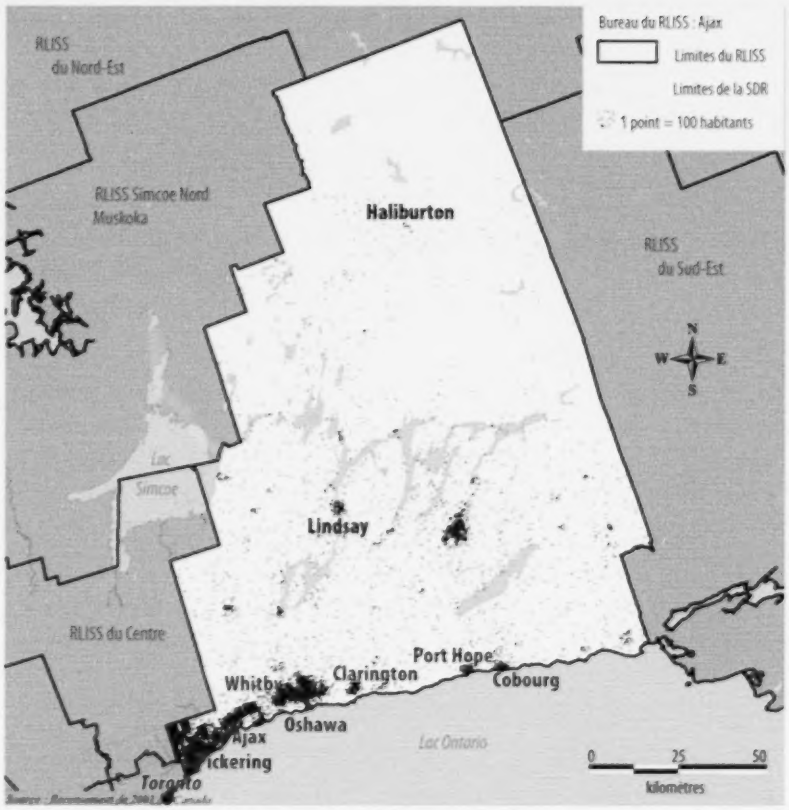
La structure de gouvernance des RLISS est fixée par la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. Les RLISS sont des organismes sans but lucratif dirigés par un conseil d'administration nommé par la province.

Chaque RLISS compte au moins neufs administrateurs nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les membres siègent au conseil d'administration pour un mandat d'une durée maximale de trois ans, que le gouvernement peut reconduire une fois. Le lieutenant-gouverneur en conseil désigne parmi les membres un président et au moins un vice-président.

Le conseil d'administration gère et administre les affaires du RLISS et assure les interactions avec le ministère. Le conseil peut adopter des règlements internes et des résolutions et il peut créer des comités. Le ministère doit donner son approbation pour certains règlements. Pour obtenir plus de détails sur notre conseil d'administration, consultez le site web du RLISS du Centre-Est à : http://www.centraleastlhin.on.ca.

INTRODUCTION

Carte démographique



Source : Direction de l'analyse en matière de santé du MSSLD

Le RLISS du Centre-Est est l'un des quatorze réseaux locaux d'intégration des services de santé mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario afin de planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé au niveau local, dont les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, les services de soutien communautaire, les organismes d'intervention en santé mentale et en toxicomanie et les centres de santé communautaires. Le RLISS du Centre-Est couvre l'une des régions à plus forte croissance de la province. Environ 11 % de la population ontarienne y réside. Le territoire du RLISS du Centre-Est est un amalgame de zones urbaines et rurales. Il se classe au sixième rang parmi les RLISS de la province sur le plan de la superficie (16 673 km^2). Comptant des villes densément peuplées, des villes de banlieue, des localités agricoles, des zones de villégiature et des établissements éloignés, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin!

Les populations de nos zones de planification présentent une grande diversité de valeurs communautaires, d'ethnies, de langues et de caractéristiques sociodémographiques.

	CENTRE-EST	ONTARIO	Pour l'ensemble du RLISS
Population totale (2006) †	**1 484 300**	**12 687 000**	**238 000 - 1 604 900**
Population des personnes âgées de 65 ans ou plus (2006)†	13,2 %	12,9 %	9,0 - 16,7 %
Population déclarant l'anglais comme langue maternelle	74,5 %	71,9 %	55,7 - 92,2 %
Population déclarant le français comme langue maternelle	1,5 %	4,7 %	1,2 - 25,1 %
Population d'immigrants	32,0 %	26,8 %	6,4 - 45,7 %
Population d'immigrants récents (1996-2001)	5,7 %	4,8 %	0,3 - 9,7 %
Population des personnes issues de minorités visibles	30,2 %	19,1 %	1,3 - 38,8 %
Population d'identité autochtone	0,9 %	1,7 %	0,3 - 13,9 %
Taux d'activité (% de la population des personnes qui travaillent) (15 ans ou plus)	66,3 %	67,3 %	60,0 - 72,0 %
Taux de chômage (15 ans ou plus)	6,7 %	6,1 %	5,0 - 9,8 %
Population des unités à faible revenu	14,8 %	14,4 %	10,0 - 22,3 %
Familles monoparentales (avec enfants)	24,4 %	23,4 %	19,4 - 30,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas la 9e année	7,7 %	8,7 %	6,3 - 12,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas le diplôme d'études secondaires	26,5 %	25,7 %	19,2 - 33,4 %
Population (20 ans ou plus) ayant effectué une formation post-secondaire	46,2 %	48,7 %	42,4 -55,8 %

Source : † Prévisions démographiques de 2006, MSSLD, Provincial Health Planning Database. Autres indicateurs : Recensement de 2001 du Canada.

ENTENTE DE RESPONSABILISATION MINISTÈRE-RLISS (ERMR)

Qu'est-ce que l'ERMR?

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (RLISS CE) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont signé une entente de responsabilisation qui définit les obligations et les responsabilités du RLISS et celles du ministère pour la période allant de 2007-2008 à 2009-2010. L'Entente de responsabilisation ministère-RLISS (ERMR) renferme des annexes qui décrivent ce que fera le RLISS dans différents domaines tels la mobilisation communautaire, la planification et l'intégration, la gestion du système de santé local, la gestion financière, le rendement du système de santé local et la cybersanté.

L'ERMR est reflétée dans les ententes de responsabilisation que les RLISS ont déjà négociées avec certains fournisseurs de services de santé.

Indicateurs de rendement de l'ERMR

L'*Entente de responsabilisation ministère-RLISS* définit clairement la relation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS CE en matière de prestation des programmes et services de santé locaux. Elle établit les règles de l'accord qui lie le ministère et le RLISS et fixe les cibles de rendement respectives pour une période donnée. La table qui suit présente le rendement du RLISS CE en comparaison de ses cibles pour 2009-2010.

Indicateurs de rendement 2009-2010 de l'ERMR du RLISS du Centre-Est

Indicateur de rendement	Point de départ 09-10	Cible de rendement du RLISS – 09 -10	Rendement du RLISS au plus récent trimestre 09-10	Exercice 09-10	Le RLISS a atteint sa cible – à l'intérieur de son couloir (OUI/NON)
1. Temps d'attente du 90e percentile, chirurgie oncologique	**51**	48	51	**49**	**OUI**
2. Temps d'attente du 90e percentile, chirurgie de la cataracte	**140**	140	125	**127**	**OUI**
3. Temps d'attente du 90e percentile, remplacement de la hanche	**184**	182	188	**188**	**OUI**
4. Temps d'attente du 90e percentile, remplacement du genou	**188**	182	174	**174**	**OUI**
5. Temps d'attente du 90e percentile, diagnostic en résonance magnétique	**83**	65	107	**107**	**NON**
6. Temps d'attente du 90e percentile, diagnostic en tomodensitométrie	**32**	28	44	**44**	**NON**
7. Attente médiane pour le placement en établissement de soins de longue durée – tous les placements	**86**	75	126	**114,00**	**NON**
8. Pourcentage des jours dans d'autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement	**15,26 %**	9,46 %	18,11 %	**18,16 %**	**NON**
9. Proportion des patients admis traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de ≤ 8 heures	**32,00%**	39,00 %	29,89 %	**31,24 %**	**NON**
10. Proportion des patients non admis en situation d'urgence élevée (ÉTG I-III) traités à l'intérieur de leurs cibles respectives de ≤ 8 heures pour les cas ÉTG I-II et ≤ 6 heures pour les cas ÉTG III	**83,00%**	89,00 %	83,36 %	**83,74 %**	**NON**
11. Proportion des patients non admis en situation d'urgence faible (ÉTG IV et V) traités à l'intérieur de la durée de séjour cible de ≤ 4 heures	**81,00%**	87,00 %	82,15 %	**81,42 %**	**NON**

Remarque :
L'atteinte par le RLISS CE des cibles de rendement pour chaque indicateur de rendement est évaluée en tenant compte de la limite supérieure du couloir de rendement (c.-à-d. cible de rendement + X %).
*** Indicateurs de rendement 1 à 7 = T4 2008-2009; et 8 à 11 = T3 2008-2009**
**** Les indicateurs de rendement 8 à 11 (dans la colonne des résultats annuels) comprennent seulement la moyenne de T1 à T3**

À la fin de 2009-2010, le RLISS du Centre-Est a **atteint quatre cibles de rendement** fixées dans son ERMR. Ces quatre cibles sont indiquées ci-dessous, avec explications :

Indicateur de rendement n° 1
Temps d'attente du 90e percentile, chirurgie oncologique
En 2009-2010, les temps d'attente dans le RLISS relativement à cet indicateur ont été inférieurs de beaucoup à la cible provinciale. L'arrivée de deux chirurgiens à l'Hôpital de Scarborough et de trois chirurgiens dans le Rouge Valley Health System a eu des répercussions positives sur les temps d'attente dans ces collectivités.

Indicateur de rendement n° 2
Temps d'attente du 90e percentile, chirurgie de la cataracte
Tous les hôpitaux du RLISS ont contribué au rendement mesuré par cet indicateur, ayant tous atteint les quantités prévues au budget et certains indiquant posséder les ressources pour effectuer plus d'interventions. Par l'entremise du groupe sur la répartition des temps d'attente du RLISS, dans lequel tous les hôpitaux du RLISS CE sont représentés, le RLISS s'emploiera avec les fournisseurs à rediriger les interventions vers les centres à plus faible volume afin de réduire encore les temps d'attente. La révision des différentes activités liées à la chirurgie de la cataracte en appliquant la méthodologie LEAN a aussi aidé à améliorer la prestation des soins aux patients.

Indicateur de rendement n° 3
Temps d'attente du 90e percentile, remplacement de la hanche
Pendant l'ensemble de l'exercice 2009-2010, le rendement du RLISS CE en matière de temps d'attente pour le remplacement de la hanche a été inférieur à la cible provinciale et à celle du RLISS CE, avec une augmentation temporaire pendant le T3. La plupart des hôpitaux du RLISS CE se sont situés sous les temps d'attente ciblés. Les problèmes qu'ont connus le Rouge Valley Health System, Lakeridge Health et l'Hôpital Ross Memorial en ce qui a trait à la disponibilité de médecins et de salles étaient en voie d'être résolus en 2009-2010 grâce à la formation de partenariats avec d'autres hôpitaux du RLISS CE. Les modèles d'orientation sont peaufinés de façon à assurer que les spécialistes sont évalués de façon appropriée.

Indicateur de rendement n° 4
Temps d'attente du 90e percentile, remplacement du genou
Similaire au remplacement de la hanche – voir ci-dessus.

À la fin de 2009-2010, le RLISS du Centre-Est **n'a pas atteint sept cibles de rendement** fixées dans son ERMR. Ces sept cibles sont indiquées ci-dessous, avec explications :

Indicateur de rendement n° 5
Temps d'attente du 90e percentile, diagnostic en résonance magnétique
Le RLISS du Centre-Est se réunit chaque mois avec tous ses hôpitaux pour parler des sujets de préoccupation et trouver la meilleure façon de les résoudre. Ces sujets comprennent notamment les listes d'attente courantes dans chaque hôpital, l'équilibre entre la capacité et les besoins, les besoins des patients, les modèles d'orientation et les enjeux financiers.

En 2009-2010, tous les hôpitaux du RLISS CE se situaient sous la cible provinciale ainsi que sous celle du RLISS CE à l'exception de l'hôpital de Scarborough et du Rouge Valley Health System – établissement Centenary. Plusieurs mesures sont prévues pour améliorer le rendement : participation au processus d'amélioration des résultats (PIP) provincial, qui vise à réduire les temps d'attente en résonance magnétique, installation en janvier 2011 d'un appareil de résonance magnétique à l'Hôpital Ross Memorial, réorientation des volumes prévus au budget vers d'autres centres du RLISS, identification des endroits pour les nouveaux appareils de résonance magnétique et amélioration des modèles d'orientation des médecins de famille. Le groupe des directeurs d'imagerie diagnostique du RLISS et le groupe de travail sur la Stratégie des temps d'attente assurent la surveillance du système sur une base continue et des pratiques exemplaires sont implantées partout.

Indicateur de rendement n° 6
Temps d'attente du 90e percentile, tomodensitométrie
Le vieillissement de l'équipement allié à la complexité croissante des cas ont un impact négatif sur la capacité des hôpitaux du RLISS CE d'atteindre cet indicateur de rendement. Malgré les succès obtenus par certains hôpitaux, les résultats d'ensemble indiquent que les tomodensitométries prennent plus de temps à cause de leur complexité, de l'âge des machines et de la hausse du nombre de cas envoyés par les médecins locaux et les services des urgences de hôpitaux. La réallocation en cours d'année des surplus des autres secteurs a permis de dégager 2707 heures qui ont été remises à quatre hôpitaux. Le RLISS continue de surveiller la situation et de résoudre les problèmes.

Indicateur de rendement n° 7
Attente médiane pour le placement en établissement de soins de longue durée
Le RLISS a encore de la difficulté à atteindre cette cible de rendement étant donné que l'amélioration des résultats est fondée sur une stratégie à long terme et des orientations provinciales qui auront un impact sur tous les RLISS.

Comptant la seconde plus importante population âgée (>75 ans) de la province, le RLISS a réussi à obtenir le plus grand nombre de placements en février 2010, mais d'autres facteurs contribuent toujours à maintenir les temps d'attente à un seuil plus élevé que prévu :

- la composition socio-démographique de la population du RLISS;
- les choix personnels, comme le prévoit la loi;
- les préférences culturelles pour certains foyers de soins de longue durée;
- les populations difficiles à desservir (par ex. les patients en psychogériatrie);
- la disponibilité limitée de lits correspondant à la préférence affichée;
- la disponibilité des ressources au CASC du Centre-Est pour faciliter le placement.

Nonobstant ces problèmes, le RLISS a examiné avec créativité les autres solutions qui s'offraient à lui par l'entremise des stratégies Vieillir chez soi et Services des urgences et Autres niveaux de soins. Les discussions menées avec le secteur des soins de longue durée permettent aussi de mieux identifier les options et les stratégies de rechange disponibles pour faire face aux pressions constantes.

Indicateur de rendement n° 8
Pourcentage des jours dans d'autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou par établissement
Le RLISS CE n'a pas atteint la cible provinciale de 9,46 % d'ANS pour l'exercice 2009-2010. La nouvelle définition d'ANS que la province a imposée en juillet 2009 a permis d'une part d'harmoniser la question dans le RLISS et dans la province, mais elle a aussi entraîné une hausse soudaine du nombre d'ANS, le rendement du RLISS pour l'année atteignant 18,16 %. La planification pour 2010-2011 porte en bonne partie sur le mouvement des patients à l'intérieur du système et la réduction des ANS.

Indicateur de rendement n° 9
Proportion des patients admis traités à l'intérieur de la durée de séjour cible égale ou inférieure à 8 heures
Le RLISS CE, tout comme l'ensemble de la province, a eu de la difficulté avec cet indicateur. Le 90e percentile pour le RLISS s'établit en moyenne à 47,81 heures, tandis que la médiane est de 47,65 heures, en comparaison à 30,54 heures et 31,13 heures respectivement pour la province. Pour le pourcentage à l'intérieur de l'indicateur cible, le rendement du RLISS s'est amélioré, passant de 32 % à une moyenne de 31,24 % et à une médiane de 31 %. Cette mesure est liée au pourcentage d'ANS et elle est ciblée par différentes initiatives pour l'exercice 2010-2011.

Indicateur de rendement n° 10
Proportion des patients non admis en situation d'urgence élevée (ÉTG I-III) traités à l'intérieur de leurs cibles respectives égales ou inférieures à 8 heures pour les cas ÉTG I-II et égales ou inférieures à 6 heures pour les cas ÉTG III
Bien que cette cible fixée dans l'ERMR n'ait pas été atteinte, le RLISS a eu le plaisir de voir le rendement de départ déjà bon à 83 % des patients traités à l'intérieur du délai cible s'élever encore à une moyenne de 83,74 % et à une médiane de 84 %. Les efforts conjugués avec les fournisseurs de services de santé se poursuivront en 2010-2011 pour atteindre les cibles fixées.

Indicateur de rendement n° 11
Proportion des patients non admis en situation d'urgence faible (ÉTG IV et V) traités à l'intérieur de la durée de séjour cible égale ou inférieure à 4 heures
Bien que cette cible fixée dans l'ERMR n'ait pas été atteinte, le RLISS a eu le plaisir de voir le rendement de départ déjà bon à 81 % des patients traités à l'intérieur du délai cible s'élever encore à une moyenne de 81,42 % et à une médiane de 82 %. Le 90e percentile de la durée de séjour moyenne pour ces patients s'établit à 5,04 heures, avec une médiane de 5,01 heures. Plusieurs initiatives étaient en place en 2009-2010 et elles se poursuivront au cours des deux prochaines années en vue d'atteindre cet indicateur, dont deux initiatives dirigées vers la réduction

de la durée des séjours aux urgences et la prestation d'autres soins appropriés pour ces patients non en situation d'urgence.

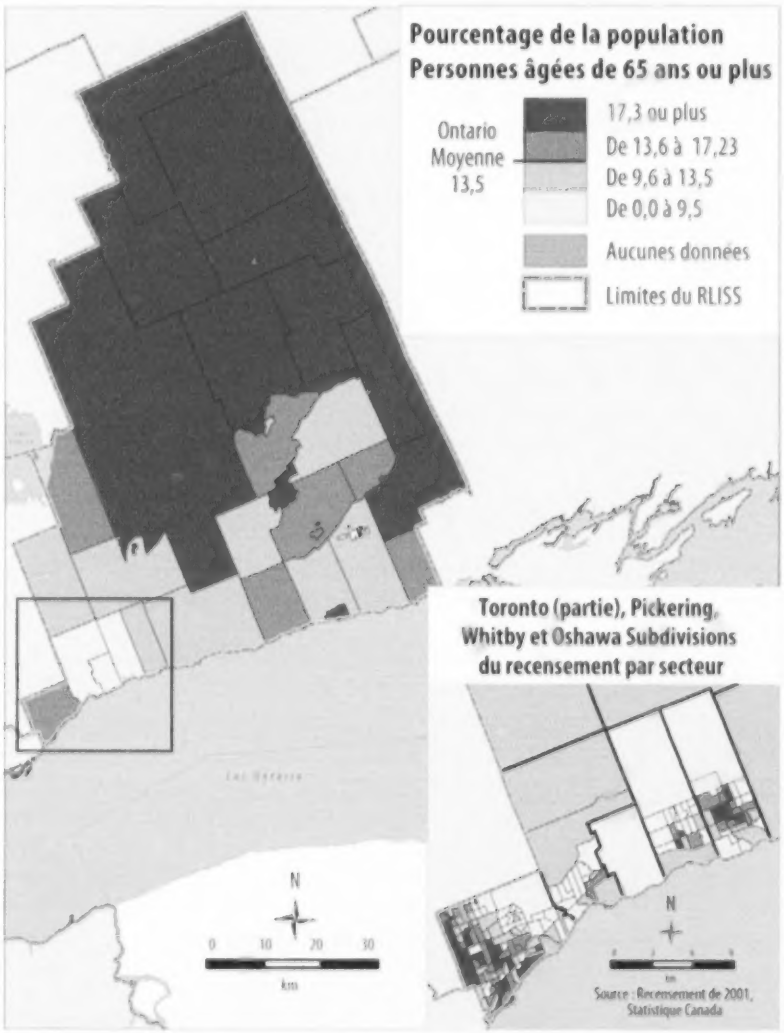
Plan d'intégration des services de santé (PSSI) du RLISS du Centre-Est

En novembre 2006, quand le RLISS du Centre-Est a publié son Plan d'intégration des services de santé, il a déclaré que « ce Plan d'intégration des services de santé initial met l'accent sur la conception du système, une attention particulière étant accordée à certains secteurs de changement prioritaires. » Le plan présentait des stratégies « en amont » – telles la prévention et la gestion des maladies, les résidences, les compétences culturelles – qui étaient susceptibles de réduire « en aval » l'utilisation de services de santé limités et plus coûteux.

Mise en œuvre du PSSI

En 2009-2010, les fournisseurs de services de santé, les patients et les autres parties intéressées de la région ont poursuivi leur travail pour compléter les projets liés à la mise en œuvre du Plan d'intégration des services de santé (PSSI) 2007-2010 et ont entrepris la planification du PSSI 2010-2013. Au total, 117 objectifs étaient identifiés dans le PSSI 2007-2010. Parmi ceux-ci, 94 % ont été soit atteints, soit liés à d'autres initiatives ou projets, ou bien ils se poursuivent en 2010-2011. Parmi les trente-quatre projets prioritaires mis en place dans le cadre du premier PSSI, 53 % ont été réalisés en tant que projets et ont affiché des produits livrables à l'intérieur des limites, dans les délais prévus et en respect du budget, 20 % des recommandations sont gérées dans le cadre de projets actuellement en cours et encore 13 % des recommandations ont été appliquées soit en les liant à d'autres projets, par des initiatives ou elles ont été gérées en tant que processus.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus



Source : MSSLD, Direction de l'analytique en matière de santé

Les projets du PSSI 2007-2010 ont desservi plus particulièrement les populations identifiées dans trois secteurs prioritaires – la continuité des soins aux personnes âgées, la prévention et la gestion des maladies chroniques et la santé mentale et la toxicomanie.

Continuité des soins aux personnes âgées

Cadre de continuité des soins aux personnes âgées – complété

- Le Réseau de continuité des soins aux personnes âgées du RLISS du Centre-Est a élaboré un *cadre de planification de la continuité des soins aux personnes âgées dans le RLISS*

du Centre-Est. Ce cadre contient des énoncés de vision et de mission, des principes directeurs, des piliers de planification et des facilitateurs. Le cadre a servi de principe directeur pour les fournisseurs, les consommateurs et le personnel et le conseil d'administration du RLISS pour leurs travaux collectifs de planification et de mise en œuvre d'une structure continue de soins et d'aide pour les personnes âgées.

Financement de propositions dans le cadre de la stratégie provinciale Vieillir chez soi – annoncé en mai 2009

- Le financement de vingt-et-un (21) projets dans quatre secteurs clés a été accepté : services de transport, services de soutien des soignants, logements avec services de soutien et services gériatriques spécialisés, afin de permettre aux personnes âgées de vivre des vies saines et indépendantes dans le confort et la dignité de leur propre foyer.

Projet prioritaire de logements avec services de soutien

- Pour mieux comprendre le rôle que jouent les logements avec services de soutien dans le continuum des soins et pour aider à déterminer les futures perspectives d'investissement dans la région du Centre-Est, une équipe a examiné les pratiques et approches prépondérantes en matière de logements avec services de soutien et a commencé à élaborer une structure équitable, transparente et soutenable permettant de déterminer quels logements avec services de soutien devraient être aménagés ou améliorés dans la région du Centre-Est. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22e9a_72_206_94_2)

Rapport du projet prioritaire d'examen des services de soutien communautaires (SSC) – complété

- Afin de confirmer la viabilité du secteur des SSC en tant que composante plus équitable du système de santé et de soutien du Centre-Est, une équipe a évalué les infrastructures et ressources actuelles des SSC, recommandé les endroits où il faudrait investir dans le secteur des SSC, identifié les barrières et les occasions d'innovation dans ce secteur, recommandé des stratégies visant à améliorer l'intégration et commencé à identifier les ressources humaines appropriées (rémunérées et bénévoles) requises pour assurer de façon responsable le maintien et la croissance du secteur des SSC. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22e9a_72_206_94_2)

Rapport du projet prioritaire sur le soutien et le bien-être des soignants – complété

- En reconnaissance du fait que les soignants composent un élément essentiel du continuum des soins, ce projet avait pour but d'assurer que les soignants reçoivent le bon soutien au bon moment et au bon endroit. Le projet visait à soutenir les soignants plus efficacement et à améliorer la capacité des personnes et des familles à assumer ce rôle. L'équipe assignée à ce projet a constaté et validé un ensemble de problèmes et de besoins particuliers aux soignants. Le projet a identifié les pratiques exemplaires et les occasions d'intégration des mesures de soutien des soignants en examinant ce qui existe et ce qui n'est pas actuellement en place. Le projet a délimité la structure de soutien des soignants qui est requise dans le RLISS du Centre-Est. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22e9a_72_206_94_2)

Projet prioritaire Home at Last (HAL) – en cours

- Le milieu hospitalier offre de précieux services qui ne sont disponibles nulle part ailleurs, mais la plupart des gens sont bien contents de retourner à la maison aussi rapidement que possible pour récupérer pendant leur période de guérison. Avec le vieillissement de la population, cette question prend une importance croissante, car le maintien des personnes âgées dans un milieu de soins actifs plus longtemps que nécessaire peut causer plus de mal que de bien. L'équipe assignée au projet a conçu et livré un plan de déploiement du programme HAL dans tous les hôpitaux du RLISS CE et, au 31 mars 2010, le programme avait contribué à plus de 1365 retours à la maison. (http://www.centraleastlhin.on.ca:/Page.aspx?id=10252)

Réadaptation – complété

- Le projet de réadaptation avait pour objectif principal de produire un document guide définissant la position commune et les principes de prestation des soins de réadaptation, incarnés dans les soins axés sur le patient et la famille. De plus, le document produit examine et regroupe les documents définissant la stratégie actuelle en matière de prestation des services de réadaptation et offre des occasions potentielles d'efficience et de viabilité du système. Le projet visait aussi à faire naître une compréhension commune des définitions et des groupes démographiques dans le domaine.
- Le rapport contient trente-sept recommandations et le groupe de travail sur la réadaptation a indiqué que la mise en œuvre de plusieurs stratégies et recommandations contenues dans le rapport nécessitera l'étroite collaboration de plusieurs autres réseaux, comités, partenariats et groupes de travail du RLISS. La réadaptation est un « facilitateur » du système et il doit être une composante cruciale des nouvelles initiatives axées sur l'amélioration de la santé des collectivités desservies par le RLISS. (http://www.centraleastlhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Board_of_Directors/Board_Meeting_Submenu/REHAB_REPORT_-_Final.pdf)

Poursuivre l'amélioration de l'expertise en soins gériatriques dans les services des urgences des hôpitaux – en cours

- Le rôle de l'infirmière de gestion des situations d'urgence en soins gériatriques consiste à procéder à des évaluations gériatriques ciblées auprès des personnes âgées à haut risque dans le service des urgences et à améliorer par le transfert de connaissances la capacité du personnel des urgences et des autres fournisseurs de soins (Programme régional de soins gériatriques, 2009).
- Afin d'améliorer l'expertise en soins gériatriques dans le RLISS du Centre-Est, neuf postes d'infirmière de gestion des situations d'urgence en soins gériatriques ont été financés et ouverts dans les hôpitaux du RLISS du Centre-Est dans le cadre du PSSI 2007-2010.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Lakeridge Health Oshawa désigné centre de district pour accidents cérébro-vasculaires – en cours

- En novembre 2008, le RLISS du Centre-Est, avec l'aide de l'Ontario Stroke Network, a désigné Lakeridge Health Oshawa en tant que centre de district pour accidents cérébro-vasculaires. Le financement que l'hôpital a reçu par suite de cette désignation lui a permis d'embaucher du personnel clinique spécialisé et d'acheter un agent d'élimination des caillots communément appelé t-PA, que l'on peut administrer rapidement pour réduire les effets d'un accident cérébro-vasculaire. Lakeridge Health s'est associé au centre de district pour accidents cérébro-vasculaires existant au Centre régional de santé de Peterborough pour monter un système unifié d'intervention en cas d'accident cérébro-vasculaire pour le RLISS du Centre-Est. La désignation signifie que les clients de la région de Durham qui sont victimes d'un accident cérébro-vasculaire, qui devaient auparavant se rendre à Toronto, Barrie, York ou Peterborough, pourront dorénavant recevoir des soins près de chez eux.

Identification précoce, intervention et intégration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques (PGMC) dans la population du RLISS CE atteinte de maladie rénale chronique (MRC) – en cours

- Cette initiative avait pour but de réunir les trois partenaires du programme régional de traitement des maladies rénales du RLISS du Centre-Est afin de développer et mettre en place un modèle viable de prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC) pour les maladies rénales chroniques (MRC) dans le RLISS du Centre-Est, un modèle qui serait exportable en totalité ou en partie à d'autres RLISS (et à des modèles de prise en charge d'autres maladies chroniques). Le modèle devait répondre aux besoins des fournisseurs de soins MRC, des patients MRC actuels et des personnes à risque de MRC. Le projet devait prendre en compte l'ensemble du continuum de soins, y compris la détection précoce des personnes à risque de MRC, le ralentissement de la progression de la maladie et les maladies rénales en phase terminale, la réduction du recours à la dialyse aiguë et chronique, les modalités de retour à domicile et les principes d'accroissement de l'autogestion des maladies chroniques.

- Le dépistage dans la région de Scarborough comprenait des interventions auprès de 31 organismes desservant les groupes immigrants dans 71 emplacements. Les services ont été offerts dans plus de treize langues. Au total, 129 cliniques ont été organisées et 3747 patients ont été dépistés, dont 35 % manifestaient des facteurs de risque de développement d'une MRC. Dans le nord-est du RLISS, plus de 550 membres des Premières nations ont été dépistés et 46 % ont été estimés à risque de développer une MRC et feront l'objet d'un suivi.
- Deux documents ont été produits dans le cadre du projet en vue de guider les orientations futures des soins des MRC et des autres maladies chroniques dans le RLISS du Centre-Est et dans la province. Le rapport sur les pratiques prometteuses et le guide des praticiens seront bientôt disponibles sur le site web du RLISS du Centre-Est. (http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=13042)

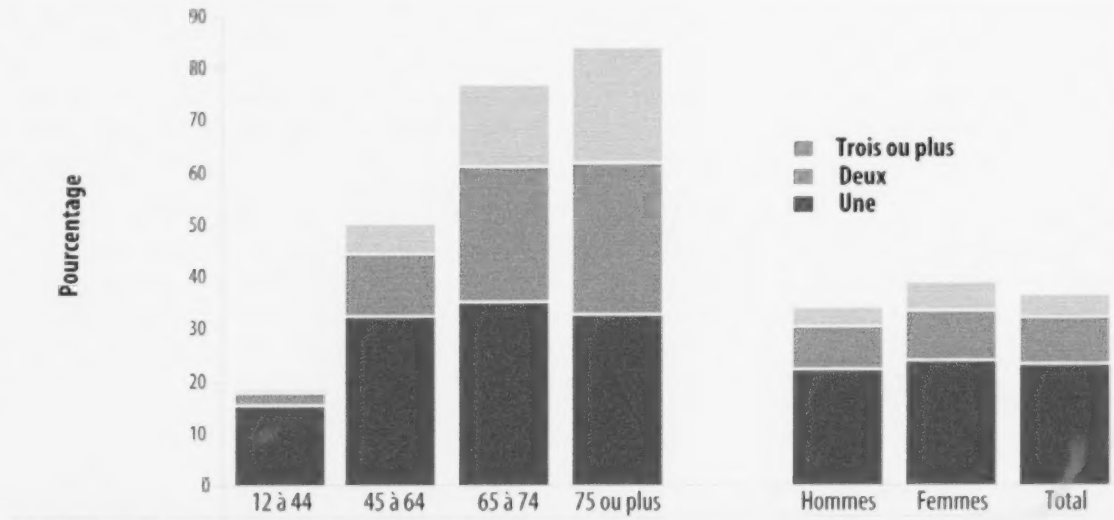
Projet prioritaire d'autogestion à l'intention des consommateurs et des soignants – en cours

- Le modèle d'autogestion des maladies chroniques (MAMC) a été adopté en tant que norme pour le RLISS du Centre-Est et a été distribué dans toutes les collectivités et les milieux de soins. Le projet d'autogestion du Centre-Est a formé 206 pairs chefs de file et 37 instructeurs principaux et a présenté le programme (MAMC) de Stanford à plus de 1435 consommateurs et soignants du Centre-Est lors de 112 ateliers. Le projet devrait devenir permanent sous les auspices du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est au début de l'exercice 2010-2011.
- La vision du programme d'autogestion continu est d'offrir un programme d'autogestion unique, cohérent et coordonné à la grandeur du RLISS du Centre-Est. Ce programme devrait idéalement inclure la présentation coordonnée d'ateliers de MAMC de Stanford donnés par des pairs, ainsi que des mesures de formation des fournisseurs de services de santé en soutien de l'autogestion et autres activités d'avant-garde liées à l'autogestion qui feraient progresser le cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques dans le but d'améliorer l'état de santé général de la population. (www.healthylifeworkshop.ca).

Prévention et gestion du diabète dans le RLISS du Centre-Est – en cours

- Projet prioritaire de mise en application des Lignes directrices sur les pratiques cliniques 2008 en matière de diabète – l'équipe assignée à ce projet a élaboré un guide des ressources sur le diabète intitulé *« Living with Diabetes – What you should know »* et en a distribué 16 000 exemplaires afin de mieux faire connaître le diabète et les services de lutte contre le diabète, et mettre en œuvre les Lignes directrices sur les pratiques cliniques 2008. L'équipe s'est aussi efforcée d'améliorer la coordination entre les partenaires de la lutte contre le diabète et d'uniformiser les pratiques dans le RLISS CE en organisant des activités d'information à l'intention des cliniciens et des personnes qui donnent de la formation sur le diabète. La traduction du guide en français, en tamoul et en cantonais est en cours. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10472)

Population âgée de 12+ qui déclare une, deux, trois ou plusieurs maladies chroniques sélectionnées, par groupes d'âge et par sexe, en Ontario en 2005.



	12 à 44	45 à 64	65 à 74	75 ou plus	Hommes	Femmes	Total
Trois ou plus	0,5	5,8	15,9	22,2	3,9	5,3	4,6
Deux	2,6	11,8	25,9	29,1	8,1	9,6	8,9
Une	15,0	32,2	35,0	32,6	21,9	23,7	22,8
	Groupe d'âge				Sexe		

Source : Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistiques Canada, fichier partagé Ontario

- Projet sur les indicateurs du diabète – ce projet pilote visait à insérer dans les mesures de formation sur le diabète des indicateurs de dépistage biophysiques et comportementaux. Le projet avait pour but d'acquérir de meilleures connaissances à l'aide d'un outil de dépistage électronique systématique et de promouvoir les apprentissages entre organismes en ce qui concerne les défis et les occasions de dépistage du diabète et de gestion des soins. Quatre centres de formation sur le diabète du RLISS ont participé au projet.

Élaboration de stratégies visant à assurer l'accès aux « soins primaires » des personnes qui n'ont pas de médecin – complétée

- Le centre d'évaluation de la santé et d'orientation des patients sans médecin désigné (UPA) a été créé afin de permettre aux personnes qui n'ont pas accès à un fournisseur de soins primaires sur une base régulière (les personnes sans médecin désigné) d'accéder aux services de dépistage des risques, d'évaluation des maladies et au besoin d'orientation et de tri vers les ressources de santé communautaire et spécialisées existantes. Ce nouveau service a aidé les personnes concernées à mieux comprendre leur état de santé et à accéder aux soins dont elles ont besoin. Le service ne remplace pas les soins primaires complets et réguliers. En partenariat avec le programme Accès Soins du CASC, l'orientation vers un fournisseur de soins primaires permanent a été facilité dans le cas de plusieurs patients.

- Le centre d'évaluation de la santé et d'orientation des patients sans médecin désigné a ouvert sa première clinique à Bethany en septembre 2009. D'autres cliniques ont par la suite ouvert leurs portes à Bobcaygeon, à la clinique de Peterborough, au centre de refuge pour jeunes de Peterborough, à Rouge Valley Centenary, au Centre de santé communautaire de West Hill et au Scarborough Academic Family Health Team. Les résultats

ont révélé que plus de 30 % des patients vus par l'UPA dans les zones rurales avaient des pathologies non diagnostiquées dont le diabète, la dyslipidémie, la bronchopneumonie chronique obstructive, les maladies cardiovasculaires, le mélanome, le syndrome métabolique, l'ostéoporose et l'hypertension.

Santé mentale et toxicomanie

Analyse de l'environnement – complétée

- L'analyse de l'environnement visait à aider les fournisseurs de services aux toxicomanes du RLISS CE et toutes les organisations participant à la prestation des services aux clientèles souffrant de toxicomanie et de troubles concurrents à se lancer dans la planification des services de lutte contre la toxicomanie fondée sur des faits. L'analyse a porté sur différents aspects de la question : les services requis dans les collectivités, le fardeau des maladies liées à la toxicomanie, la toxicomanie, les occasions de collaboration et d'intégration des services de lutte contre la toxicomanie, les fournisseurs de services en santé mentale dans la collectivité et en milieu hospitalier et les praticiens du secteur des soins primaires (équipes de santé familiale, CSC, hôpitaux) et enfin l'identification des services de lutte contre la toxicomanie qui devraient être en place dans le RLISS CE.
  (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2)

Coalition pour éviter les services des urgences – en cours

- Le partage des ressources et la coordination des services est une composante clé de la prestation de services de qualité en santé mentale et en toxicomanie. La Coalition pour éviter les services des urgences est une nouvelle initiative créée dans le cadre du Programme de financement axé sur les résultats. Elle avait pour objet de mettre en place un système intégré de soins pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie à Durham. Les membres de départ de la Coalition étaient Lakeridge Health, les services en santé mentale de Durham, SMT Durham, le Rouge Valley Health System, la police régionale de Durham et Ontario Shores. L'un des principaux résultats obtenus par la Coalition est la mise en place d'une nouvelle façon de procéder en matière de prestation des services en santé mentale. Le RLISS du Centre-Est compte reproduire cette façon de faire dans toutes les régions du RLISS.

Plan d'action en matière de rétablissement et de mieux-être (programme WRAP) – en cours

- WRAP est un programme d'éducation visant à donner aux gens aux prises avec des problèmes de santé mentale la capacité de gérer leur propre santé dans une perspective d'entraide entre pairs. Le réseau des initiatives de survivants et d'entraide du Centre-Est (réseau CSI) a proposé au RLISS CE de former des groupes WRAP dans la collectivité. Grâce au financement fourni par le RLISS CE, plus de 150 personnes ayant des problèmes de santé mentale ont pu suivre la formation offerte selon le modèle WRAP. L'outil d'autogestion WRAP a prouvé qu'il réduit le nombre des visites aux services des urgences et améliore l'état de santé général de cette population.

Projet prioritaire d'intervention précoce auprès des jeunes ayant des besoins en santé mentale et/ou en toxicomanie – complété

- Ce projet a souligné l'importance de relever les défis liés à la transition entre les services de santé mentale pour adolescents et ceux pour adultes. Les délais inutiles en matière de détection précoce, de traitement, de planification des soins continus et de passage d'un fournisseur à un autre peuvent être attribuables aux fournisseurs de services qui ne sont pas capables de répondre adéquatement aux mouvements de transition. L'équipe assignée au projet a fait des recherches sur les stratégies existantes de prévention et de promotion de la santé et a commencé à établir des partenariats dans le RLISS CE en vue de créer une « carte du cheminement du patient » et des protocoles normalisés liés à la transition des jeunes vers les services de santé mentale et de toxicomanie pour adultes. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10256)

Projet prioritaire sur les troubles de l'alimentation – complété

- Le projet prioritaire sur les troubles de l'alimentation avait pour objet de mettre en œuvre des activités éducatives et de sensibilisation visant à permettre la détection et l'intervention le plus rapidement possible par les familles et les fournisseurs de soins. Les pratiques exemplaires et les modèles privilégiés de transition entre les établissements de soins actifs et les milieux communautaires ont été identifiés, en plus des pratiques et modèles exemplaires de soutien continu des soignants.
- Le projet prioritaire sur les troubles de l'alimentation a terminé ses travaux au mois de février 2010 par une présentation finale de l'équipe assignée au projet. En plus de présenter des recommandations relativement au soutien continu des soignants, le projet a amélioré les capacités du système à l'égard des désordres de l'alimentation et a mis à la disposition de la collectivité des documents d'éducation continue sur le site web. (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10414)

Mises en congé – soins actifs en santé mentale, jours et durée de séjour moyenne (DSJ), hôpitaux du Centre-Est et de l'Ontario Hospitals

Hôpitaux	Départs	Courte durée		Total	
		Jours	DMS	Jours	DMS
Durham					
Lakeridge Health - Bowmanville	48	186	3,9	253	5.3
Lakeridge Health - Oshawa‡	1 184	13 465	11,4	14 696	12.4
Lakeridge Health - Port Perry	31	234	7,5	418	13,5
Markham Stouffville - Uxbridge	32	183	5,7	183	5,7
Rouge Valley Health System - Ajax‡	645	6 763	10,5	7 652	11,9
Haliburton					
Services de santé de Haliburton Highlands - Haliburton	12	78	6,5	78	65
Kawartha Lakes					
Ross Memorial	116	1 175	10,1	1 392	12.0
Northumberland					
Campbellford Memorial	72	537	7,5	1 051	14,6
Northumberland Hills	98	503	5,1	668	6,8
Peterborough					
Centre régional de santé de Peterborough‡	905	11 664	12.9	12 948	14,3
Toronto					
Rouge Valley Health System - Centenary‡	1 379	13 263	9,6	13 418	9,7
Hôpital de Scarborough - Grace‡	840	8 915	10,6	9 678	11,5
Hôpital de Scarborough - Soins généraux‡	1 028	8 022	7,8	8 932	8,7
Total pour le Centre-Est	**6 390**	**64 988**	**10,2**	**71 367**	**11,2**
Ontario	**57 683**	**621 495**	**10,8**	**696 049**	**12.1**

Source : Données sur les sorties des patients, MSSLD, Provincial Health Planning Database, 2003/05.
‡Patients hospitalisés pour des soins de courte durée en psychiatrie le 31 mars 2005.

Activités de mobilisation de la collectivité

En 2009-2010, le RLISS du Centre-Est a pu compter encore une fois sur l'engagement, les connaissances et la passion des centaines de personnes qui ont participé à ses partenariats de planification, à ses réseaux autoformés et à ses équipes de projet. Pour obtenir une liste de ces activités, cliquez sur la page de calendrier sur le site web du RLISS du Centre-Est.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/showcalender.aspx?ekmensel=e2f22e9a_72_196_btnlink)

Partenariats de planification et de mobilisation

Les partenariats sont des équipes consultatives locales composées de 9 à 15 personnes qui fournissent et/ou reçoivent des services de santé dans la collectivité en question. Collectivement, ces équipes reproduisent de façon approximative le continuum du système de santé : soins primaires, hôpitaux, services communautaires, services en santé mentale et toxicomanie, soins à long terme, médecins et pharmaciens. Des résidents qui s'intéressent au système de santé public participent également.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=576)

Zone 1 – Partenariat des hautes-terres d'Haliburton
Zone 2 – Partenariat de Kawartha Lakes
Zone 3 – Partenariat de la ville et du comté de Peterborough
Zone 4 – Partenariat de Northumberland/Havelock
Zone 5 – Partenariat de Durham-Est
Zone 6 – Partenariat de Durham-Ouest
Zone 7 – Partenariat de Durham-Nord/Centre
Zone 8 – Partenariat de Scarborough Agincourt Rouge
Zone 9 – Partenariat de Scarborough Cliffs Centre
Toutes les zones – Partenariat des services de santé en français (SSF)

En 2009-2010, des bénévoles de ces partenariats régionaux ont participé à la mise au point de trois autres partenariats basés cette fois sur des ensembles et représentant Scarborough, la région de Durham et le Nord-Est qui comprend Northumberland, Havelock, la ville et le comté de Peterborough, Kawartha Lakes et Haliburton/Minden.

Initiatives francophones

Au mois de mai 2008, le RLISS du Centre-Est, en association avec le conseiller régional des services de santé en français (SSF) du ministère, a établi un partenariat des SSF, une mesure qui était prévue dans le Plan d'intégration des services de santé. Au contraire des autres partenariats, qui sont de nature régionale, le partenariat des services en santé en français représente l'ensemble de la communauté française du RLISS du Centre-Est. Huit personnes possédant une expérience variée des soins de santé et des services communautaires se sont joints à ce partenariat et formulent des conseils au RLISS en ce qui concerne les besoins des résidents francophones.

En 2009-2010, le partenariat des services en santé en français a lancé une enquête de référence pour le RLISS du Centre-Est conjointement avec d'autres RLISS du Grand Toronto. Cette enquête a été remise au bureau du RLISS du Centre-Est pour examen. Le partenariat des SSF a également participé à des séances de mobilisation liées à la préparation du second PSSI du RLISS en 2009-2010 et il a joué un rôle important dans l'élaboration du rapport sur la culture, la diversité et l'équité réalisé pour le RLISS du Centre-Est. Le partenariat des SSF continuera son travail consultatif auprès du RLISS en 2010-2011.

Population francophone du RLISS du Centre-Est

Zone de planification du RLISS	Population qui désigne le français comme langue maternelle – total des réponses	% de la population qui désigne le français comme langue maternelle
Hautes-terres d'Haliburton	265	1,7 %
Kawartha Lakes	870	1,2 %
Ville et comté de Peterborough	1650	1,3 %
Northumberland-Havelock	920	1,2 %
Durham-Est	5070	2,3 %
Durham-Ouest	5470	1,98 %
Durham-Nord/Centre	555	1,1 %
Scarborough /Agincourt-Rouge	2250	0,8 %
Scarborough Cliffs – Scarborough-Centre	3285	1,2 %
Total	20 360	1,4 % de la population du RLISS CE

Initiatives autochtones

Le RLISS du Centre-Est est une région diversifiée qui abrite plusieurs Premières nations : la Première nation d'Alderville, la Première nation de Curve Lake, la Première nation d'Hiawatha et la Première nation Mississaugas of Scugog Island. D'autres peuples autochtones sont représentés dans le RLISS, y compris des Métis et des Inuits. Au total, les communautés des Premières nations du RLISS comptent environ 12 000 résidents. En 2008-2009, le RLISS du Centre-Est s'est adressé aux Premières nations, aux Métis et aux communautés autochtones hors réserve en vue de trouver des occasions d'améliorer les communications et la planification collaborative.

Se fondant sur les discussions qui ont eu lieu lors des années précédentes et appuyé par les représentants autochtones, le RLISS du Centre-Est a entrepris de mettre en place un « cercle consultatif sur la santé » pendant les premiers mois de 2009.

Connu sous le nom de « Mnnamodzawin and LaSaantii Advisory Circle », le groupe a tenu sa première réunion le 25 août 2009 au Mississaugas of Scugog Island de Port Perry. Le cercle consultatif a pour mandat de conseiller le RLISS du Centre-Est sur les besoins de santé des Premières nations, des Indiens non inscrits, des Métis et des Inuits qui résident sur le territoire du RLISS.

De nouveau en 2009-2010, les RLISS du Grand Toronto ont contribué à la planification d'un événement de mobilisation avec les communautés autochtones du Grand Toronto qui a eu lieu au Native Canadian Centre of Toronto. Les participants représentaient des organismes et programmes autochtones du Grand Toronto – les RLISS et les communautés autochtones gardent les communications ouvertes en vue d'appliquer leur vision commune d'améliorer l'état de santé des peuples autochtones urbains.

Populations d'appartenance autochtone et d'ascendance autochtone selon les données du recensement – RLISS du Centre-Est, 2006

	RLISS du Centre-Est	Ontario
Population d'appartenance autochtone – total	16 390	242 490
Indien de l'Amérique du Nord – réponse unique	10 525	158 400
Métis – réponse unique	5 015	73 610
Inuit – réponse unique	210	2 035
Autochtone – réponse multiple	100	1 905
Autochtone – réponses non incluses ailleurs	600	6 540
Population d'ascendance autochtone – total	34 515	403 795
Pourcentage de la population d'appartenance autochtone	1,2 %	2,0 %
Pourcentage de la population d'ascendance autochtone	2,4 %	3,4 %

Réseaux à l'échelle du RLISS

Comme c'est le cas pour les partenariats présentés plus haut, les réseaux représentent le continuum des services de santé. Contrairement aux partenariats, toutefois, les réseaux sont composés sur une base sectorielle plutôt que géographique; l'équipe est composée d'éléments provenant de l'ensemble du territoire du RLISS et elle se penche sur une priorité particulière mentionnée dans le PSSI. Pour la majeure partie, les réseaux sont des organes producteurs des nouvelles orientations stratégiques visant à améliorer l'intégration des services et la qualité des soins dans les collectivités prioritaires. Les réseaux sont guidés par un comité directeur composé de 12 à 15 personnes possédant des intérêts et des compétences précises en relation avec la priorité. Le comité directeur agit comme conduit entre le RLISS et le réseau en question – qui peut aussi se définir comme une communauté d'intérêt. La taille de ces réseaux n'est pas limitée.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=632)

Réseau sur la continuité des soins aux personnes âgées
Réseau de prévention et de gestion des maladies chroniques
Réseau en santé mentale et toxicomanie

En novembre 2008, le réseau des soins palliatifs du Centre-Est a vu le jour quand les membres du secteur des soins palliatifs de la région ont intégré les trois réseaux de soins en fin de vie du Centre-Est (le réseau de soins en fin de vie de la région de Durham, celui de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge, et celui de Toronto-Est). Un cadre de planification et un mandat ont été élaborés pour le nouveau réseau et un comité directeur inaugural a été nommé. (http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=12934)

De plus, le RLISS participe au réseau sur le diabète autoformé du Centre-Est. Composé de personnes qui donnent de la formation sur le diabète et de fournisseurs de services de santé du RLISS, ce regroupement élargi diffuse de l'information sur les pratiques exemplaires et soutient le RLISS dans l'accomplissement des objectifs ministériels liés au diabète.

En 2009-2010, les bénévoles du réseau des comités directeurs ont aussi participé au processus de « fermeture » des trois réseaux prioritaires et à la création de deux coalitions stratégiques qui se pencheront sur l'atteinte des deux cibles stratégiques du RLISS : éliminer 1 000 000 d'heures d'attente dans les services des urgences et réduire l'impact des maladies vasculaires.

Groupes de travail

Les groupes de travail sont des équipes formées pour une période déterminée afin de se pencher sur des problèmes courants ou des occasions courantes pour les réseaux (c.-à-d. les secteurs prioritaires) et les partenariats. Ils se composent de personnes détenant une expertise particulière liée au domaine et qui proviennent de tous les coins du RLISS du Centre-Est. Par exemple, le **groupe de travail sur les soins primaires** est composé de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé alliés qui servent de ressource principale en matière de soins sur les questions liées à nos priorités en soins de santé. Voici les groupes de travail qui ont été formés :

Groupe de travail sur les services des urgences
Groupe de travail sur les autres niveaux de soins
Groupe de travail sur les services de réadaptation
Groupe de travail sur les soins primaires
Comité directeur de la cybersanté

En 2009-2010, les bénévoles des groupes de travail ont aussi participé au processus qui a mené à la « fermeture » de certains groupes de travail et à la création des deux coalitions stratégiques qui se pencheront sur l'atteinte des deux cibles stratégiques du RLISS : éliminer 1 000 000 d'heures d'attente dans les services des urgences et réduire l'impact des maladies vasculaires. Le groupe de travail sur les soins primaires et le comité directeur de cybersanté poursuivront leurs travaux en 2010-2011. (http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=634)

Comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)

En 2008, le RLISS CE a mis sur pied un **comité consultatif des professionnels de la santé (CCPS)**. De tels comités sont maintenant en place dans tous les RLISS. Ils ont pour mandat d'aider les RLISS à s'acquitter de leurs responsabilités en les conseillant sur la mise en place de soins de santé axés sur le patient. Les quatorze (14) membres du CCPS du RLISS CE sont des médecins, des infirmières et des professionnels de la santé alliés provenant du RLISS. Le groupe examine, en collaboration directe avec le chef de la direction, les activités du RLISS et lui offre des conseils.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=10178&ekmensel=e2f22c9a_72_184_10178_5)

Autres activités de mobilisation

Au mois de mai 2009, le RLISS du Centre-Est a tenu son troisième **symposium annuel**, « Faire une différence ». Des partenaires de planification, des résidents des collectivités et des fournisseurs de soins de toute la région ont été invités à participer à cet événement de deux jours au cours duquel le personnel et le conseil d'administration du RLISS ont présenté les objectifs stratégiques du RLISS aux fournisseurs de services de santé et ont obtenu les commentaires de ceux-ci pour l'élaboration du PSSI 2010-2013.
(http://www.centraleastlhin.on.ca/GetInvolved.aspx?id=13042)

Au début de l'été 2009, le personnel du RLISS a participé à un **sommet des personnes âgées** au centre Evinrude de Peterborough. Ce fut l'occasion pour le RLISS de consolider ses liens avec les fournisseurs de service de ce domaine et de diffuser de l'information auprès des résidents de la région concernant les nombreux services qui leur sont offerts.

Les cadres des hôpitaux du RLISS du Centre-Est ont rencontré le personnel du RLISS en juin 2009 pour entreprendre les pourparlers devant mener à l'entente de responsabilisation en matière de services dans les

hôpitaux 2010-2011. Cette **mobilisation sectorielle** s'est révélée un précieux outil de formation et de transfert des connaissances qui a été repris par la suite avec le secteur des services de soutien communautaire et celui des soins de longue durée, en mettant à profit les nouveaux moyens technologiques à notre disposition tels les vidéoconférences et les webinaires.

La **coalition pour éviter les services des urgences** – qui comprend des représentants du Rouge Valley Health System, de Lakeridge Health, du Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, des Services en santé mentale de Durham, de United Survivors et du service de police régionale de Durham – a reçu à l'été 2009 des fonds qui lui ont permis de participer à différents événements de transfert des connaissances organisés par l'Institute for Healthcare Improvement. Ces événements ont permis aux fournisseurs de services de santé de la région de former des réseaux avec leurs collègues de partout au Canada et d'ailleurs dans le monde et de faire connaître les améliorations qui ont été apportées à la prestation des services de santé mentale dans le RLISS du Centre-Est.

En 2009-2010, le RLISS du Centre-Est a ouvert le dialogue avec les cinq **médecins hygiénistes** de la région. Ces rencontres bimensuelles ont permis d'établir de solides bases de partage de l'information et de partenariat et elles se sont révélées particulièrement efficaces pendant la préparation à la pandémie appréhendée de grippe H1N1. Ces rencontres se poursuivront en 2010-2011 alors que les bureaux de santé publique participeront à la mise en œuvre du second PSSI.

La préparation à la pandémie de grippe H1N1 a aussi été supportée par la création et le travail du **comité d'intervention d'urgence du RLISS du Centre-Est**. Dirigé par le chef des soins aux malades en phase critique du RLISS et soutenu par le personnel du RLISS du Centre-Est, ce groupe de représentants des hôpitaux, des CASC et des établissements de soins primaires ont élaboré en 2009-2010 un plan d'intervention en situation d'urgence modérée et ont défini des pratiques exemplaires en matière de réponse du système en cas de pandémie de grippe ou autre.

Au mois d'août 2009, plus de 1000 foyers du Centre-Est ont été contactés dans le cadre d'un **sondage téléphonique** lancé par le RLISS afin de mesurer le niveau de confiance du public dans le système de santé. Les réponses recueillies, qui ont été insérées dans le Plan d'intégration des service de santé (PSSI) 2010-2013 du RLISS du Centre-Est, sont venues renforcer l'information que le RLISS avait déjà reçue des fournisseurs de soins et de ses équipes de planification.

Au début de l'hiver 2009 et de nouveau au printemps 2010, les membres du conseil d'administration du RLISS du Centre-Est ont rencontré leurs collègues chargés de la gouvernance des fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre-Est dans le cadre de sa **stratégie de mobilisation entre conseils**. Trois partenariats de conseils – Scarborough, Durham, et Haliburton, Kawartha, Northumberland, Peterborough – région du nord-est – ont été mis sur pied en vue de créer une culture de coopération où chaque fournisseur de services de santé comprendra la nature et l'importance de sa contribution à l'ensemble du système de santé et à ses résultats. Cette activité a permis aux participants de faire de la planification stratégique ensemble, de souligner les occasions d'intégration et de diffuser les pratiques exemplaires et les outils qui permettent de relever la barre de la gouvernance dans le domaine de la santé.

Le personnel et les administrateurs du RLISS du Centre-Est ont participé à plusieurs assemblées publiques dans le cadre du **programme d'information publique** du RLISS mis sur pied dans le but de répondre aux questions sur le RLISS du Centre-Est et fournir de l'information sur la façon de participer à la planification du système de santé local. Le RLISS a notamment fait des présentations devant certains **conseils des administrations locales et régionales**. Au mois d'octobre 2009, le chef de la direction du RLISS du Centre-Est a prononcé une allocution devant l'**Association des municipalités de l'Ontario – Congrès des comtés, régions et municipalités à palier unique et CADSS**.

La mobilisation avec les dirigeants des médecins représente aussi une activité prioritaire du RLISS du Centre-Est. En novembre 2009, le personnel a participé au **Symposium des soins primaires du Grand Toronto** au cours duquel les médecins de famille du Grand Toronto ont participé à des séances de formation données par leurs collègues spécialistes.

Au mois de février 2010, le président et le chef de la direction du RLISS du Centre-Est, en collaboration avec les autres RLISS du Grand Toronto, ont rencontré le **commissaire aux services en français** pour discuter de la planification des services de santé en français et des partenariats potentiels avec les RLISS.

Activités d'intégration

L'un des principaux objectifs de chaque RLISS consiste à intégrer les services de santé afin de créer un système plus efficace en même temps plus continu et harmonieux afin d'améliorer l'expérience des clients.

En 2009-2010, le RLISS a continué de soutenir les plans d'intégration volontaire par les mesures suivantes :

Propositions préliminaires d'amélioration du système de santé (PPASS) – (www.centraleastlhin.on.ca)

- Ce processus permet de réduire le temps et les coûts que les fournisseurs de services de santé doivent engager pour préparer l'analyse de rentabilisation détaillée qu'ils doivent présenter pour obtenir des fonds supplémentaires. Les PPASS permettent au RLISS de procéder à l'évaluation préliminaire des demandes d'un fournisseur de services de santé ou de ses activités envisagées pour lesquelles il doit obtenir l'approbation du RLISS. Un outil de soumission en ligne créé par le personnel du RLISS du Centre-Est permet d'accélérer le processus.

Bureau de gestion de projets du RLISS CE – (http://www.centraleastlhin.on.ca/report_display.aspx?id=7804)

- Le RLISS CE a adopté une stratégie et des processus de gestion de projet afin d'aider les partenaires de planification et les fournisseurs de services de santé à élaborer et mettre en œuvre des projets visant à améliorer et consolider la prestation des soins de santé dans la région du Centre-Est. Lancé en avril 2008, le bureau de gestion virtuelle de projets (GVP) offre aux fournisseurs de services de santé des outils web, des mesures de coordination de la formation externe, des consultations et des conseils individualisés liés aux outils et processus de gestion de projet, ainsi que des intégrations volontaires.

Initiatives de cybersanté – (http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=11808)

- La cybersanté c'est l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour répondre aux besoins en matière de santé de la population, des professionnels de la santé, des fournisseurs de soins et des décideurs. La cybersanté et un facilitateur qui peut améliorer les soins donnés aux patients et aider les fournisseurs de services de santé à prodiguer des soins de meilleure qualité. En 2009-2010, l'équipe de cybersanté a continué à collaborer étroitement avec les organismes du RLISS du Centre-Est en vue de mettre en œuvre une stratégie de soutien et de mise en application du Plan d'intégration des services de santé (PSSI).

Voici certaines mesures d'intégration menées à bien en 2009-2010 :

Plan des services cliniques hospitaliers – PSC

- Plus de 150 partenaires cliniciens – médecins, infirmières, professionnels de la santé alliés, cadres – ont participé à une vaste entreprise de mobilisation communautaire afin d'élaborer le PSC. Un comité directeur composé de vingt chefs de file du système de santé a été mis sur pied pour superviser le projet et différents groupes consultatifs ont été chargés d'élaborer un cadre de services cliniques pour les hôpitaux et de mettre au point des plans de prestation de certains services chirurgicaux et médicaux qui posaient des problèmes particuliers sur le plan de la qualité et de l'accès. Le comité directeur a présenté des recommandations pour les services de cardiologie, de maternité-enfance-jeunesse, de santé mentale et toxicomanie, de chirurgie thoracique et de chirurgie vasculaire.

- Plusieurs de ces recommandations ont été mises en œuvre, notamment le financement de la suite du programme STEMI de Rouge Valley Centenary qui permet de procéder à une intervention coronarienne percutanée dans les 90 minutes qui suivent l'apparition des symptômes d'infarctus du myocarde, ce qui améliore le taux de survie. Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a également approuvé le plan du Centre régional de santé de Peterborough d'ouvrir un service ICP/STEMI, en plus d'approuver l'intégration volontaire des programmes de chirurgie oncologique de Lakeridge Health Corporation, de l'Hôpital de Scarborough et du Rouge Valley Health System à l'été 2009.

Ressources humaines en santé

- Le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores et la société Alzheimer de Durham ont réalisé une intégration volontaire en décembre 2009 dans le cadre de laquelle le poste de consultant en psychogériatrie a été transféré de la société Alzheimer à Ontario Shores.

Structure administrative

- En janvier 2010, les sociétés Alzheimer de Peterborough et Kawartha Lakes ont volontairement intégré leurs activités pour créer une seule entité. Le regroupement des structures administratives et des conseils d'administration a permis d'améliorer la prestation des services.

Prévention et gestion des maladies chroniques

- Les fournisseurs de services de santé de Peterborough ont procédé à une intégration volontaire afin de simplifier la gestion des troubles vasculaires. L'**Initiative globale de prévention et de gestion des maladies vasculaires** regroupe le Centre régional de santé de Peterborough, le réseau des équipes de santé familiale de Peterborough, les services de soins primaires de Peterborough, Peterborough Regional Nephrology Associates, le réseau de santé vasculaire, AstraZeneca Canada et la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario. Cette initiative a pour but de mettre en place des cheminements de soins complets pour le dépistage et la gestion des maladies vasculaires.

TéléAVC

- Le RLISS du Centre-Est est l'un des quatre RLISS qui ont collaboré avec le Réseau ontarien des soins cardiaques et les hôpitaux de la région à améliorer le programme provincial TéléAVC. Cette intégration permet maintenant un accès rapide au Centre régional de santé de Peterborough et à Lakeridge Health Oshawa (qui sont tous deux des centres pour accidents cérébro-vasculaires du RLISS du Centre-Est) et au système TéléAVC provincial.

Initiatives relatives aux temps d'attente dans les services des urgences/Amélioration de la situation des ANS

Le système de santé et les hôpitaux du RLISS du Centre-Est s'emploient impérativement à accélérer le mouvement des patients, leur traitement et leur mise en congé dans les services des urgences du RLISS CE. En outre, le placement des patients classés ANS (autre niveau de soins) représente une priorité dans le RLISS CE, comme partout dans la province. Le dossier des ANS est un problème systémique important et complexe qui a des répercussions sur l'accès aux soins, sur la sécurité des patients et sur leur qualité de vie. C'est un enjeu important pour la santé et le bien-être des patients et de leurs proches et c'est aussi un enjeu important pour l'ensemble du système de santé.

Avec l'aide des fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre-Est, les initiatives suivantes ont été mises en œuvre en 2009-2010 pour s'attaquer à ces priorités provinciales :

Rouge Valley Health System

- Des aires de soins ambulatoires plein service ont été aménagées dans les services des urgences pour les patients classés ÉTG III et IV afin d'accélérer le mouvement des patients et améliorer la couverture des médecins. Les deux établissements du Rouge Valley Health System ont réduit leurs temps d'attente, en fonction du niveau ÉTG. Le système d'information des services des urgences suit le mouvement des patients, affiche la progression du patient dans le service – notamment la fin des tests diagnostiques et la durée du séjour – et met en évidence les patients qui risquent de dépasser leur durée de séjour cible.

Hôpital Ross Memorial

- La mise en place d'un nouveau service d'admission des patients a permis d'admettre plus rapidement les patients du service des urgences dans un lit de l'hôpital. L'ajout d'une infirmière praticienne et d'un auxiliaire médical a permis d'améliorer le soutien offert aux hospitalistes et au service des urgences. Les médecins qui couvrent le service des urgences et la participation au processus LEAN adopté à la grandeur du RLISS a permis d'obtenir de l'information sur les processus de rationalisation qui ont un impact sur le mouvement des patients.

L'Hôpital de Scarborough

- Un système électronique de gestion des lits a permis d'intégrer les activités de services ménagers, de déplacement des malades et de répartition des lits dans l'hôpital et d'améliorer les communications et le mouvement des patients. Le personnel assigné à l'orientation et aux relations avec les patients est venu en aide au personnel infirmier pour assurer la rencontre des patients et de leurs familles en vue d'améliorer le mouvement des patients. Un système de communication mains libres relié au réseau sans fil de l'hôpital a amélioré les communications du personnel à l'égard des traitements donnés aux patients et de leur mise en congé. Un technologiste de laboratoire réservé au service des urgences a permis d'améliorer le soutien offert au personnel infirmier et d'accélérer le mouvement des patients.

Lakeridge Health

- Une clinique d'urgence à évaluation rapide a permis d'accélérer l'accès aux traitements des patients ÉTG III et IV et de réduire les temps d'attente. L'obtention de fonds supplémentaires pour un phlébotomiste, un réceptionniste, le déplacement des malades et la coordination du mouvement des patients dans le service des urgences a permis d'améliorer le soutien au personnel infirmier et d'augmenter les soins directs prodigués aux patients. Une équipe d'amélioration du mouvement des patients, dont la formation avait été proposée dans le cadre du processus LEAN du RLISS, a examiné les occasions d'améliorer les processus d'admission et de mise en congé dans des secteurs cliniques clés en vue d'accélérer le mouvement des patients. Par ailleurs, l'accent qui a été mis sur le temps de rotation des lits a entraîné la création d'équipes de services ménagers à intervention immédiate qui ont amélioré le service et accéléré le mouvement des patients.

Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est

- Les fonds versés au CASC du Centre-Est ont permis d'affecter des gestionnaires de cas exclusivement au service des urgences de Rouge Valley Centenary. Ce projet pilote a été conçu pour accélérer le processus d'orientation des patients mis en congé par le service des urgences et aider le personnel à déterminer quels patients peuvent profiter des services du CASC. Cela a aussi permis à l'infirmière de gestion des situations d'urgence en soins gériatriques de se concentrer sur les soins actifs prodigués aux patients âgés fragilisés. Des équipes d'intervention infirmière ont été mises en place partout dans la région du Centre-Est. Ces équipes se rendent dans les foyers de soins de longue durée. Les infirmières praticiennes y prodiguent des soins aux patients dont la condition est moins urgente ou procèdent à des interventions et à des évaluations de pointe qui permettent souvent d'éviter le transfert du patient au service des urgences ou son hospitalisation.

Hôpital Memorial de Campbellford

- L'Hôpital Memorial de Campbellford a mené pour l'ensemble du RLISS un projet d'évaluation du besoin d'un système coordonné de transport non urgent. Cette initiative est conforme au Plan des services cliniques du RLISS et desservira six hôpitaux désignés. (http://www.centraleastlhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Get_Involved/Sector_Engagement/LTC_PresentatiNon_Urgent_Transportation.pdf)

Partenariats avec des organismes communautaires

- L'Hôpital Ross Memorial de Lindsay, le Community Care City of Kawartha Lakes et le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est se sont rassemblés pour offrir aux patients mis en congé un service de bouclage à leur retour à la maison. Cette intégration volontaire visait à réduire les temps d'attente dans les urgences et à aider à atteindre les cibles de rendement des ANS. Un programme semblable a été mis en place dans le comté de Northumberland, auquel participent l'Hôpital Northumberland Hills, le CASC et Community Care Northumberland.
- Les Services en santé mentale de Durham ont reçu les fonds nécessaires à l'ouverture de cinq lits de crise en santé mentale dans la collectivité. Ce partenariat avec Rouge Valley Health System a entraîné la création d'un service mobile de réponse en situation de crise auquel le service des urgences peut faire appel pour faire transférer un patient dans un service communautaire si une autre intervention est requise.
- Lakeridge Health Corporation s'est associée à Oakwood Retirement Communities et au CASC du Centre-Est pour mettre en place un service de soins transitoires dans le village de Taunton Mills. Ce service a permis d'atténuer les pressions qui s'exercent sur les hôpitaux de Durham en matière d'ANS. Après dix mois d'activité, le service a permis d'économiser 4600 jours ANS à Lakeridge Health Bowmanville et à Oshawa.

Équipe d'évaluation et d'encadrement en matière d'ANS du Centre régional de santé de Peterborough (CRSP)

- Le RLISS CE et le CRSP ont financé conjointement la mise sur pied d'une équipe extérieure d'examen en matière d'ANS composée d'experts d'autres hôpitaux du RLISS CE, du CASC, du secteur des soins de longue durée et du Programme régional de soins gériatriques. Le but visé était de comprendre les questions liées aux ANS dans le CRSP et de trouver des manières d'atténuer ces problèmes et/ou de réduire leur risque de récurrence. L'équipe a présenté son rapport final au conseil d'administration du RLISS du Centre-Est en septembre 2009. Ce rapport renfermait un résumé des conclusions auxquelles était arrivée l'équipe après l'examen des données ANS, présentait un synopsis des principaux défis de l'hôpital et offrait six recommandations qui devaient avoir le plus d'impact sur les ANS. Le rapport a servi de base aux travaux du CRSP, des autres hôpitaux du RLISS CE et des organismes communautaires pour élaborer des stratégies et des modes d'intervention en vue d'alléger le fardeau des ANS.

ANALYSE DU RENDEMENT OPÉRATIONNEL DU RLISS

En 2009-2010, le budget de fonctionnement du RLISS CE s'est élevé à 7 millions de dollars, soit 4,7 millions $ pour le fonds de fonctionnement et 2,3 millions $ de fonds supplémentaires, tel qu'il est indiqué dans les états financiers (note 8). Le financement supplémentaire des projets spéciaux a permis au RLISS de mettre en place différentes initiatives comme la formation sur le diabète, la planification autochtone, l'évaluation et la surveillance du rendement des services des urgences et des ANS, les activités de cybersanté et le soutien aux services en français. Le RLISS CE a exercé une gestion financière prudente visant à équilibrer son budget de fonctionnement interne et a atteint la cible de 1 %.

Le RLISS a reçu de nouvelles directives du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant les approvisionnements et frais de déplacement, de repas et d'accueil. Ces nouvelles directives ont nécessité un réexamen des politiques et procédures internes, qui ont été revues et approuvés par le comité de vérification du conseil.

La phase finale des améliorations locatives a pris fin avec l'ouverture de la nouvelle salle de réunion du conseil et de locaux de travail supplémentaires pour le personnel de cybersanté, de GVP et de ProfessionsSantéOntario. Le RLISS poursuit son travail avec le Bureau des services communs du RLISS qui soutient les services financiers, les ressources humaines et les technologies de l'information.

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 rue Yonge
Bureau 1700
Toronto ON M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration du

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2010 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est au 31 mars 2010 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 7 mai 2010

État de la situation financière

au 31 mars 2010

	2010	2009
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**536 038**	1 249 277
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	**1 533 500**	1 485 300
Débiteurs	**1 192 464**	6 187
	3 262 002	2 740 764
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**1 423 365**	1 230 297
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**1 533 500**	1 485 300
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**354 269**	28 950
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**-**	7 546
Apports de capital reportés (note 5)	**369 310**	380 725
	3 680 444	3 132 818
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(418 442)**	(392 054)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**49 132**	11 329
Immobilisations (note 7)	**369 310**	380 725
	418 442	392 054
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

_____, administrateur

_____, administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est
État des activités financières

pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	Budget (non vérifié) (note 8)	2010 Montant réel	2009 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 888 981 690**	**1 923 766 995**	1 837 250 608
Activités du RLISS	**4 702 230**	**4 452 752**	4 329 312
Chef de service des urgences (note 10a)	-	**75 000**	75 000
Projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (« Urgences – ANS ») (note 10b)	-	**100 000**	33 300
Planification autochtone (note 10c)	-	**20 000**	32 250
Services de cybersanté (note 10d)	-	**1 885 000**	700 000
Stratégie sur le diabète	-	**25 000**	-
Programme de gestion personnelle	-	**35 000**	-
Services de santé en français	-	**173 700**	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	-	**51 000**	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	**260 893**	209 814
	1 893 683 920	**1 930 845 340**	1 842 630 284
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 888 981 690**	**1 923 766 995**	1 837 250 608
Frais généraux et administratifs (note 11)	**4 702 230**	**4 664 979**	4 524 969
Chef de service des urgences (note 10a)	-	**75 000**	75 000
Urgences – ANS (note 10b)	-	**100 000**	33 300
Planification autochtone (note 10c)	-	**20 000**	32 015
Services de cybersanté (note 10d)	-	**1 707 447**	685 442
Stratégie sur le diabète	-	**25 000**	-
Programme de gestion personnelle	-	**35 000**	-
Services de santé en français	-	**73 700**	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	-	**51 000**	-
Priorité aux résidents	-	**900**	-
	1 893 683 920	**1 930 520 021**	1 842 601 334
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	**325 319**	28 950
Financement remboursable au Ministère (note 3a)		**(325 319)**	(28 950)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début			-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

État de la variation de la dette nette

pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	Budget (non vérifié) (note 8)	2010	2009
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Acquisition d'immobilisations corporelles	-	**(249 478)**	(280 717)
Amortissement des immobilisations corporelles	-	**260 893**	209 814
Variation des autres actifs non financiers	-	**(37 803)**	3 542
Augmentation de la dette nette		**(26 388)**	(67 361)
Dette nette au début	-	**(392 054)**	(324 693)
Dette nette à la fin	-	**(418 442)**	(392 054)

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est
État des flux de trésorerie

pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	2010	2009
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**260 893**	209 814
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(260 893)**	(209 814)
	-	-
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
(Augmentation) diminution du montant à recevoir du Ministère	**(48 200)**	5 527 810
Augmentation des débiteurs	**(1 186 277)**	(6 187)
Augmentation des créditeurs et charges à payer	**193 068**	487 872
Augmentation (diminution) du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**48 200**	(5 527 810)
Augmentation (diminution) du montant à verser au Ministère	**325 319**	(840 165)
(Augmentation) diminution des charges payées d'avance	**(37 803)**	3 542
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**(7 546)**	5 702
	(713 239)	(349 236)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(249 478)**	(280 717)
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	**249 478**	280 717
Augmentation nette de la trésorerie	**(713 239)**	(349 236)
Trésorerie au début	**1 249 277**	1 598 513
Trésorerie à la fin	**536 038**	1 249 277

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est
Notes complémentaires

31 mars 2010

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS du Centre-Est, qui comprend des régions rurales et urbaines, est le sixième plus grand RLISS en Ontario en termes de territoire (16 673 km^2). Présent dans des villes densément peuplées, dans des banlieues, dans des régions rurales agricoles, dans des régions de chalets et dans des régions plus éloignées, le RLISS du Centre-Est s'étend du parc Victoria au parc Algonquin. La population de nos zones de planification est riche en différentes valeurs communautaires, origines ethniques, langues et caractéristiques socio-démographiques.

Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations.

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Immobilisations (suite)

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	2010 Surplus	2010	2009 Surplus
	$	$	$	%	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	1 923 766 995	1 923 766 995	-		-
Activités du RLISS	4 713 645	4 664 979	48 666	1 %	14 157
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	-		-
Urgences – ANS	100 000	100 000	-		-
Chef de service des urgences	75 000	75 000	-		-
Stratégie sur le diabète	25 000	25 000	-		-
Services de cybersanté	1 885 000	1 707 447	177 553	9 %	14 558
Planification autochtone (Aboriginal Planning)	20 000	20 000	-		235
Services de santé en français	173 700	73 700	100 000	58 %	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	51 000	51 000	-		-
Priorité aux résidents	-	900	(900)	-	-
Programme de gestion personnelle	35 000	35 000	-		-
	1 930 845 340	1 930 520 021	325 319	-	28 950

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2010	2009
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	28 950	869 115
Recouvrement auprès du Ministère au cours de l'exercice	-	(869 115)
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	325 319	28 950
Montant à verser au Ministère à la fin	354 269	28 950

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et la structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujettis aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et la CRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2010	2009
	$	$
Solde au début	**380 725**	309 822
Apports de capital au cours de l'exercice	**249 478**	280 717
Amortissement pour l'exercice	**(260 893)**	(209 814)
Solde à la fin	**369 310**	380 725

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	$
2011	238 373
2012	238 373
2013	236 537
2014	232 949
2015	228 331
Par la suite	133 193
	1 307 756

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	$
2011	1 896 186 889
2012	1 896 186 889

Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2010 Valeur comptable nette	2009 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Mobilier et agencements de bureau	424 509	324 477	100 032	184 932
Matériel informatique	182 627	136 317	46 310	30 573
Développement Web	36 100	36 100	-	7 593
Améliorations locatives	658 898	435 930	222 968	157 627
	1 302 134	932 824	369 310	380 725

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2009. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 1 923 766 995 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	1 888 981 690
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	34 785 305
Budget de financement total des fournisseurs de services de santé	1 923 766 995

Le budget d'exploitation total révisé de 7 066 930 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial présenté à l'état des activités financières	4 702 230
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Urgences – ANS	100 000
Chef de service des urgences	75 000
Stratégie sur le diabète	25 000
Services de cybersanté	1 885 000
Planification autochtone (Aboriginal Planning)	20 000
Services de santé en français	173 700
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	51 000
Programme de gestion personnelle	35 000
Budget total	7 066 930

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 923 766 995 $ (1 837 250 608 $ en 2009) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2010 :

	2010	2009
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**1 124 792 403**	1 082 886 094
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**294 975**	294 975
Centres de soins de longue durée	**368 756 047**	356 028 894
Centres d'accès aux soins communautaires	**208 746 653**	195 064 667
Services de soutien communautaires	**28 341 071**	27 254 697
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**13 024 039**	11 996 510
Centres de soins de santé communautaires	**20 015 681**	12 267 412
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**52 902 577**	50 100 532
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	**105 624 200**	100 271 165
Lésion cérébrale acquise	**1 245 349**	1 061 662
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	**24 000**	24 000
	1 923 766 995	1 837 250 608

10. a) Chef de service des urgences

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2009) relativement aux fonctions du chef de service des urgences. Les charges liées aux fonctions du chef de service des urgences engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2010	2009
	$	$
Services-conseils	**63 866**	62 068
Salaires et charges sociales	**-**	11 086
Autres	**11 134**	1 846
	75 000	75 000

b) Urgences – ANS

Le RLISS a reçu un financement de 100 000 $ (33 300 $ en 2009) relativement au projet Urgences – ANS. Les charges liées au projet Urgences – ANS engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 91 983 $ en salaires et charges sociales (33 300 $ en 2009) et un montant de 8 017 $ en autres charges (néant en 2009).

c) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Le RLISS a reçu un financement de 20 000 $ (32 250 $ en 2009) relativement au projet de planification autochtone. Les charges liées au projet de planification autochtone engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de néant en honoraires de services-conseils (31 250 $ en 2009) et un montant de 20 000 $ en autres charges (765 $ en 2009).

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

10. (suite)

d) Services de cybersanté

Le RLISS a reçu un financement de 1 885 000 $ (700 000 $ en 2009) relativement au projet de services de cybersanté. Les charges liées aux services de cybersanté engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2010	2009
	$	$
Services-conseils	**1 192 071**	458 373
Salaires et charges sociales	**261 421**	156 903
Réunions	**65 673**	68 529
Fournitures et autres	**188 282**	1 637
	1 707 447	685 442

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2010	2009
	$	$
Salaires et charges sociales	**3 212 777**	2 672 304
Charges locatives	**212 745**	312 792
Amortissement	**260 893**	209 814
Services partagés	**378 919**	300 000
Activités communautaires	**153 588**	128 329
Services-conseils	**113 457**	320 734
Fournitures	**118 424**	137 970
Charges des membres du Conseil	**107 901**	249 584
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**3 154**	5 007
Autres	**103 121**	188 435
	4 664 979	4 524 969

Note :

	Budget 2010	2010	2009
	$	$	$
Charge au titre des indemnités quotidiennes du président du Conseil	**50 000**	**50 750**	36 575
Charge au titre des indemnités quotidiennes des autres membres du Conseil	**100 000**	**50 279**	129 792
Charge historique au titre de l'Agence du revenu du Canada	**–**	**(30 463)**	–
Frais de gouvernance et de déplacement	**70 000**	**37 335**	83 217
Charges totales	**220 000**	**107 901**	249 584

Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 28 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2010 a totalisé 251 562 $ (202 595 $ en 2009) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été achevée le 31 décembre 2009, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

MEMBRES DU PERSONNEL

Dernière rangée
Amanda English, Karol Eskedjian, Emily Van de Klippe, Nancy Hunter, Jina Mintsinikas, Karen Ouellette, Janet Boland, Maria Grant, Kate Reed, Karen Landriault, Viola Zhou, Jai Mills

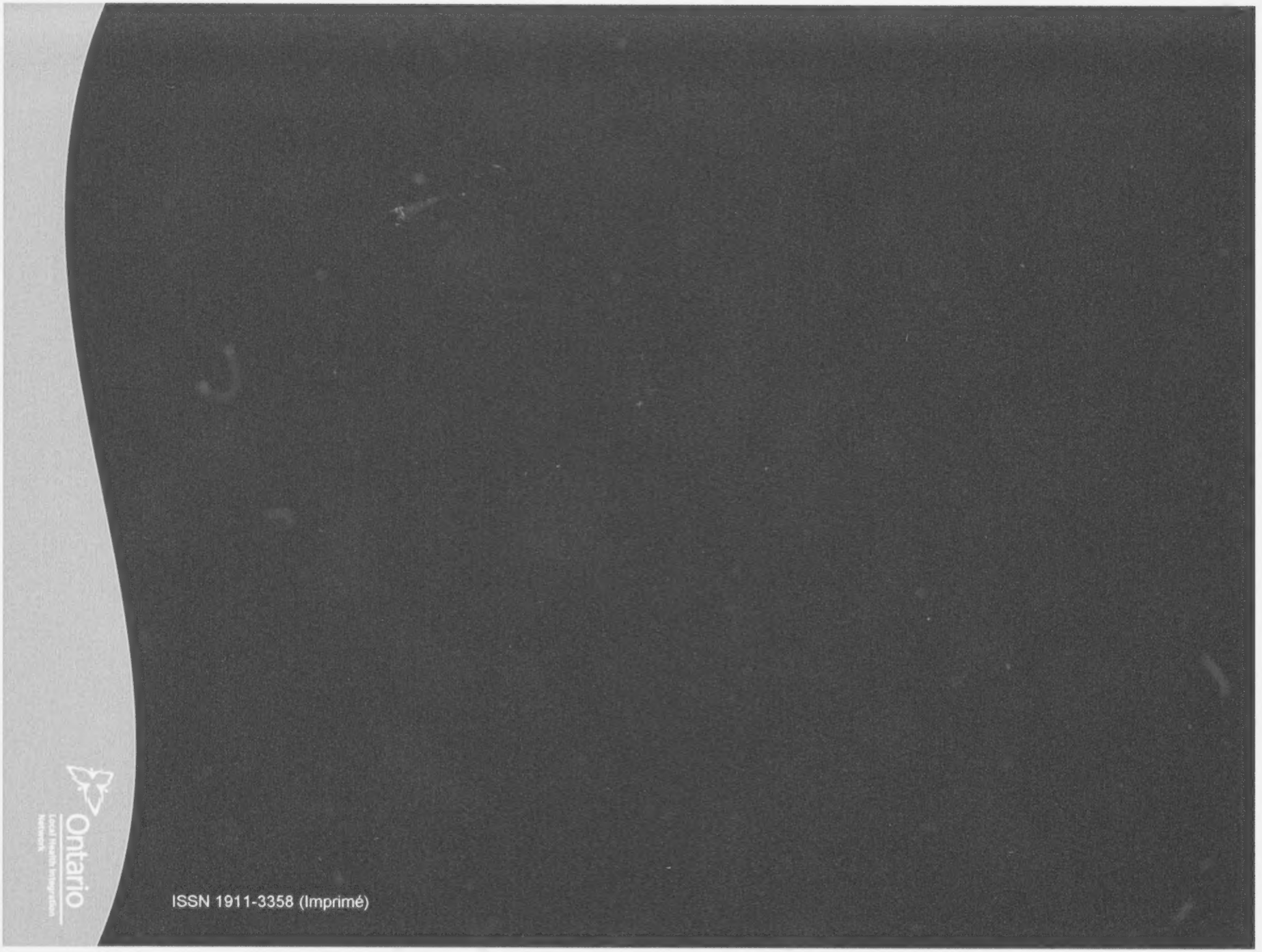
Deuxième rangée
Carolyn Kanhai, Elizabeth Salvaterra, Jennifer Russell, Paul Barker, Deborah Hammons, James Meloche, Linda Henry, Suzette Stines-Walford, Karen O'Brien

Première rangée
Katie Cronin-Wood, Brian Laundry, Sheila Rogoski, Lewis Hooper, Ritva Gallant, Jeanne Thomas, Jenny Greensmith

Absents
Claire McConnell, Ajay Thusoo, Marco Aguila, Tapas Kar, Christine Laity, Marlene Ross, Charli Law, Brittany Peterson, Lindsay Wyers

COORDONNÉES

Téléphone	905-427-5497 1-866-804-5446
Télécopieur	905-427-9659
Adresse	Harwood Plaza 314 avenue Harwood sud, bureau 204A Ajax, ON L1S 2J1
Courriel	centraleast@lhins.on.ca
Site web	www.centraleastlhin.on.ca



ISSN 1911-3358 (Imprimé)